

NASKAH AKADEMIK

Rancangan Peraturan Daerah Kota Surabaya

tentang Kawasan Tanpa Rokok

I. LATAR BELAKANG

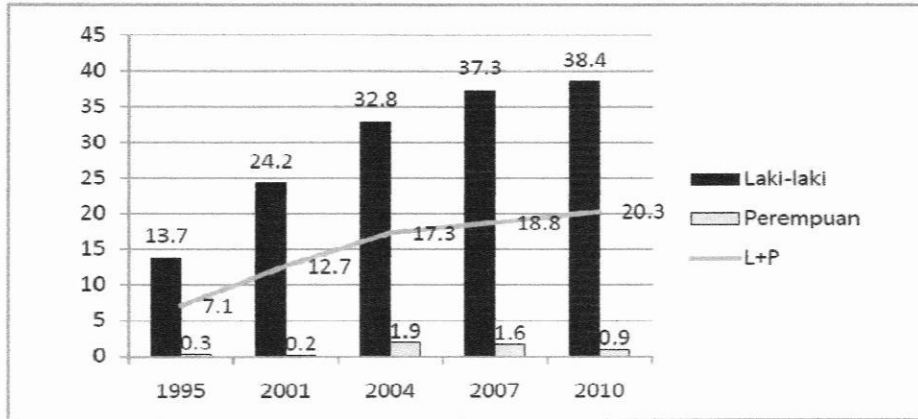
1.1. Jumlah Perokok

Hak untuk menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok telah menjadi perhatian dunia maka Indonesia termasuk Kota Surabaya harus juga memperhatikan hal tersebut karena merupakan bagian dari masyarakat dunia ini. Akan tetapi kenyataannya, pemaparan asap rokok semakin hari semakin bertambah akibat meningkatnya jumlah perokok. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2004 tampak bahwa prevalensi perokok diantara penduduk berusia 15 tahun keatas meningkat menjadi 63,1% pada laki-laki dan 4,5% pada perempuan. Dibandingkan pada tahun 2001, angka tersebut meningkat 1,4% dari 62,2% pada laki-laki dan meningkat 3 kali dari 1,3% pada wanita. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, persentase perokok di Indonesia diantara penduduk yang berusia 10 tahun ke atas adalah 29,3% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap adalah 12,3 batang per hari atau satu bungkus. Jumlah perokok tersebut lebih banyak di pedesaan (30,4%) dibandingkan di perkotaan (28,3%).

Berdasarkan data Riskesdas 2013, persentase perokok di Jawa Timur adalah 28,9% dan persentase penduduk berusia 10 tahun keatas yang merokok di Kota Surabaya adalah 30,0%. Persentase penduduk

yang merokok di Kota Surabaya tidak berubah apabila dibandingkan dengan tahun 2007. Di Jawa Timur, selain jumlah perokok yang terus meningkat, usia perokok juga menjadi fokus perhatian karena terdapat 1,9% perokok berusia 10 – 14 tahun dan 19,7% perokok berusia 15 – 19 tahun, serta jumlah perokok paling banyak ditemukan pada tingkat sosial ekonomi paling rendah. Perokok tersebut lebih banyak pada laki-laki (58,0%) dibandingkan perempuan (0,9%), berada pada kelompok usia muda (10 – 24 tahun) dan berpendidikan SMA kebawah dengan persentase pendidikan perokok yang terbanyak adalah tidak sekolah dan tidak tamat SD (47,3%).

Berdasarkan data GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) tahun 2006 yang dilakukan di Indonesia, sebanyak 30,9% remaja berusia 13 - 15 tahun merokok pertama kali sebelum usia 10 tahun. Hal ini disebabkan, mereka sering terpapar oleh kebiasaan merokok dari orang-orang dewasa yang berada di lingkungan sekitarnya. Dengan demikian, mereka mulai meniru dan mencoba untuk merokok. Selain itu, pengaruh iklan rokok yang sangat gencar di media juga menjadi pemicu keinginan remaja untuk merokok.



Sumber: SUSENAS 1995, SKRT 2001, SUSENAS 2004, RISKESDAS 2007*, 2010*
 (catatan: termasuk merokok tiap hari dan kadang-kadang;
 *) data 2007 dan 2010 termasuk tembakau hisap dan kunyah

Gambar 1. Prevalensi perokok remaja umur 15-19 tahun berdasarkan jenis kelamin di Indonesia tahun 1995, 2001, 2004, 2007 dan 2010

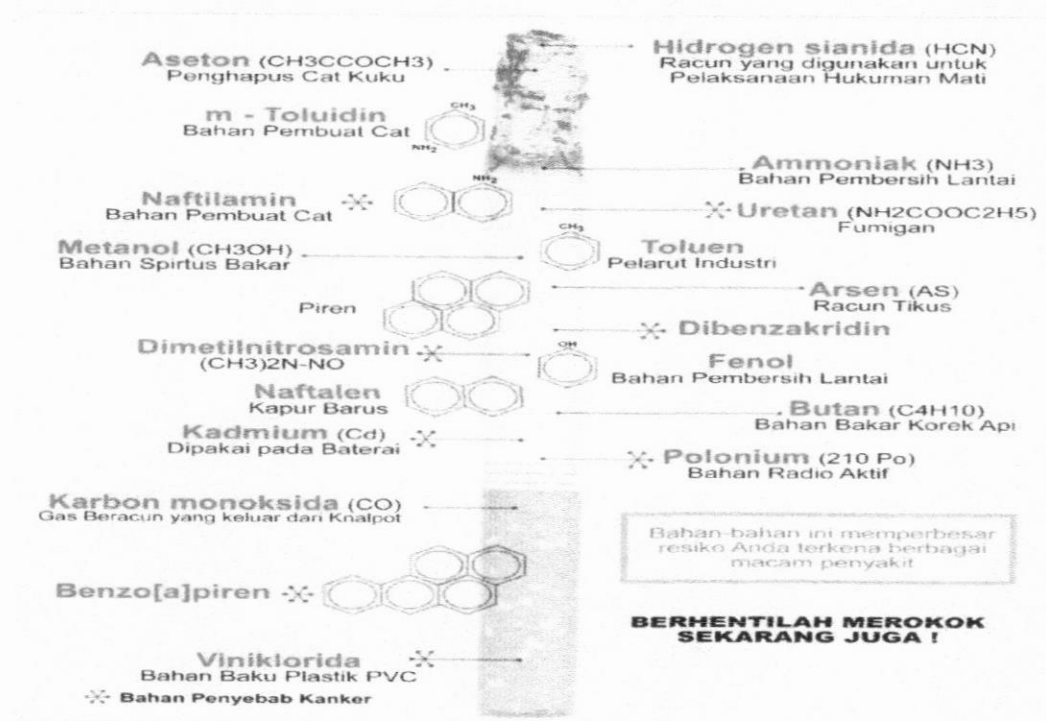
Jumlah perokok pada kelompok remaja umur 15 – 19 tahun menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 1995 diantara 100 orang remaja laki-laki terdapat 14 remaja laki-laki yang merokok dan pada tahun 2010 angka tersebut meningkat menjadi 39 orang remaja laki-laki merokok diantara 100 orang remaja laki-laki. Berarti ada peningkatan hampir 300 persen dalam waktu 15 tahun (gambar 1).

Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Martini dan Sulistyowati (2005) pada pelajar SMA di Jawa Timur menunjukkan bahwa sepertiga (32%) pelajar pernah merokok dan sebanyak 70% dari pelajar yang merokok berusia 14 – 17 tahun. Diantara pelajar putri, sebanyak 27% diantaranya pernah merokok. Berdasarkan data-data tersebut, tampak bahwa di Indonesia usia perokok semakin muda, jumlah perokok usia 15 – 24 tahun meningkat dan jumlah perokok wanita meningkat terus.

Konsumsi rokok di Indonesia meningkat dalam tiga dekade terakhir. Hal tersebut ditandai dengan meningkatnya konsumsi rokok sejak tahun 1970 sampai dengan 2000 sebanyak 7 kali dari 33 milyar menjadi 270 milyar batang. Pada tahun 2005 meningkat sedikit menjadi 220 milyar batang.

1.2. Dampak Kesehatan Akibat Asap Rokok

Konsumsi rokok merupakan salah satu penyebab gangguan kesehatan yang berkembang sangat cepat di dunia. Penelitian terbaru membuktikan bahwa dalam satu batang rokok terkandung 4000 bahan kimia termasuk 43 senyawa yang diketahui terbukti menyebabkan kanker (karsinogen). Bahan utama rokok terdiri dari tiga zat yaitu nikotin, tar, dan karbonmonoksida (CO) (gambar 2).



Gambar 2. Bahan kimia yang terdapat pada sebatang rokok

Bila kita berada dalam ruangan berasap rokok cukup lama, maka ketiga zat beracun tersebut akan masuk ke paru-paru kita. Asap rokok bukan saja memberikan dampak buruk bagi perokok, melainkan juga bagi orang lain yang menghisap asap tersebut tanpa dirinya sendiri merokok (disebut perokok pasif atau *second hand smoke*). Selain itu, asap rokok akan tertinggal pada pakaian maupun benda sebagai residu dapat terhisap oleh orang lain yang tidak berada di sekitar orang yang sedang merokok tetapi bertemu perokok tersebut setelah selesai merokok. Hal ini disebut sebagai *third hand smoke*.

Bila seseorang merokok 2 batang dalam ruang tertutup akan menyebabkan polusi udara 20 kali lebih berat bila dibandingkan polusi udara karena lalu lintas di jalan raya. Dari total asap rokok yang dikeluarkan oleh satu batang rokok, 75% langsung masuk ke udara bebas dari ujung rokok yang membara dan 25% sisanya akan dihisap oleh perokok, yang kemudian kira-kira separonya akan segera dihembuskan kembali ke udara. Jadi orang yang tidak merokok yang berada di dekat orang yang sedang merokok akan menghisap hampir 90% dari asap rokok. Bahan beracun tersebut lebih banyak terdapat pada asap samping, seperti karbonmonoksida 5 kali lipat, benzopirin hampir 4 kali lipat, ammonia hampir 50 kali lipat dan bahan-bahan ini dapat terdapat lama selama beberapa jam di ruangan sesudah kegiatan merokok dihentikan. Perbandingan bahan-bahan yang terdapat pada asap rokok *mainstream* dan *side stream* lebih detail tampak pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Perbandingan bahan-bahan yang terdapat dalam *mainstream* dan *side stream* dari asap rokok.

Senyawa	Mainstream	Sidestream	Rasio Sidestream/ Mainstream
Pembakaran tembakau	347 (20 sec)	411 (550 sec)	1,2
Jumlah partikel yang dihasilkan	10^{12}	$3,5 \times 10^{12}$	3,5
Tar	20,8 10,2 [*]	44,1 34,5 [*]	2,1 3,4 [*]
Nikotin	0,92 0,46 [*]	1,69 1,27 [*]	1,8 2,8 [*]
Benzo(a)pyrene	$3,5 \times 10^{-5}$	$13,5 \times 10^{-5}$	3,7
Pyrene	13×10^{-5}	39×10^{-5}	3,0
Phenols	0,228	0,603	3,0
Ammonia	0,16	7,4	46
Nitrogen Oksida	0,014	0,051	3,6
Carbon Monoksida	19	88	4,7

Keterangan: * Sigaret filter

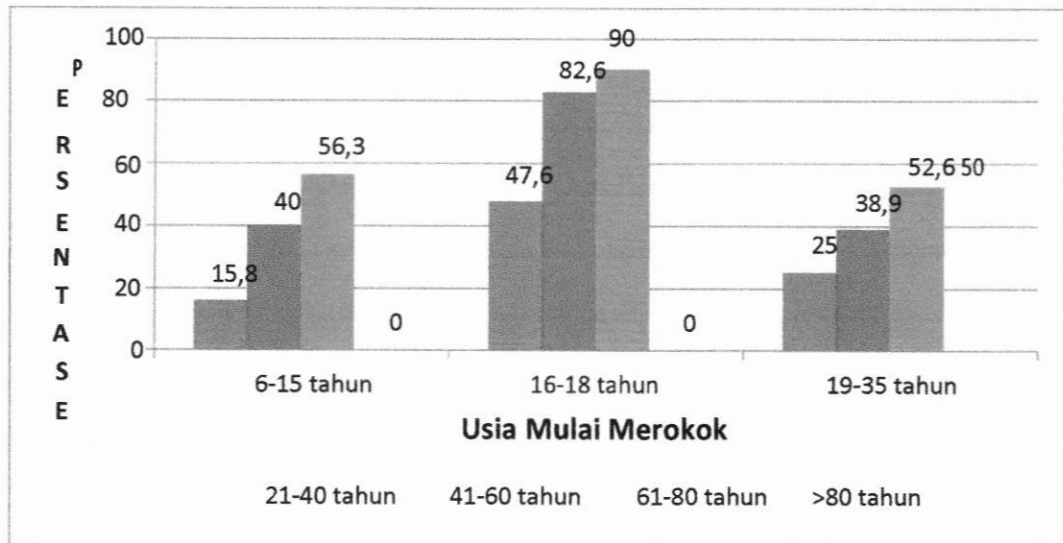
Sumber: Tager (1984), Harvard Medical school and Beth Israel Hospital Boston

Fakta lain mengenai perokok pasif di Jawa Timur berdasarkan data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa 76,8% orang merokok dalam rumah bersama anggota keluarga lain dan berdasarkan Riskesdas 2007 di Kota Surabaya angka tersebut adalah 76,1%. Telah diketahui, bahwa anak yang terpapar asap rokok dapat mengalami peningkatan risiko terkena bronkitis (radang saluran pernafasan), pneumonia (radang paru), infeksi telinga tengah, asma serta kelambatan pertumbuhan paru. Kerusakan dini ini akan menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa yang bukan perokok juga akan mengalami peningkatan risiko kanker paru dan jenis kanker lainnya. Hal tersebut dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hirayama (1981) dikalangan istri perokok dan bukan perokok, diantara istri perokok risiko terkena kanker paru lebih besar dibandingkan istri bukan perokok, disebutkan risiko terkena kanker 20 – 30% lebih tinggi.

Risiko kesehatan bagi perokok telah banyak dibuktikan. Lebih dari 70.000 artikel ilmiah membuktikan secara tuntas bahwa rokok dapat menyebabkan penyakit dan kematian. WHO Tobacco Atlas (2002) menyatakan bahwa sekitar setengah dari perokok akan meninggal akibat rokoknya. Separo dari mereka yang merokok akan meninggal pada usia antara 35 – 69 tahun. Di Indonesia pada tahun 2001 sebanyak 22,6% dari 3320 kematian disebabkan karena penyakit yang berkaitan dengan rokok dan sebanyak 9,8% kematian karena penyakit paru kronik dan emfisema. Rokok merupakan penyebab dari sekitar 5% kasus stroke di Indonesia. Seperti yang telah dinyatakan sebelumnya, terdapat bukti cukup kuat, rokok sebagai penyebab kanker paru, juga termasuk kanker pada organ tubuh lainnya. Selain itu, rokok juga berisiko menyebabkan penyakit jantung koroner. Pada wanita yang merokok atau terpapar asap rokok (perokok pasif) akan mengalami penurunan fertilitas dan pada pria akan meningkatkan risiko impotensi sebesar 50%. Adapun ibu hamil yang merokok atau sebagai perokok pasif berisiko mengalami proses kelahiran yang bermasalah, termasuk bayi berat lahir rendah, lahir mati dan cacat lahir.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Martini dan Hendrati (2006) mengenai hipertensi dan usia pertama kali merokok menunjukkan bahwa sebanyak 40% kejadian hipertensi pada kelompok usia 41 sampai dengan 60 tahun terdapat pada perokok yang mulai merokok sejak usia 6 – 15 tahun dan hampir lima puluh persen kejadian hipertensi pada kelompok usia 21 sampai dengan 40 tahun pada perokok yang mulai merokok sejak usia 16 – 18 tahun. Artinya, perokok

tidak membutuhkan waktu yang lama untuk terkena hipertensi jika mulai merokok sejak usia 6 – 15 tahun atau 16 – 18 tahun (gambar 3).



Gambar 3. Persentase kejadian hipertensi menurut usia dan usia pertama kali merokok.

Seperti diketahui, hipertensi atau tekanan darah tinggi bisa menimbulkan komplikasi penyakit jantung koroner, stroke, diabetes mellitus (kencing manis), gagal ginjal kronis dan terminal, katarak maupun gangguan pada retina. Penyakit tersebut merupakan penyakit yang berlangsung lama dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit serta akibat dari komplikasi tersebut bisa menimbulkan kecacatan fisik maupun kematian.

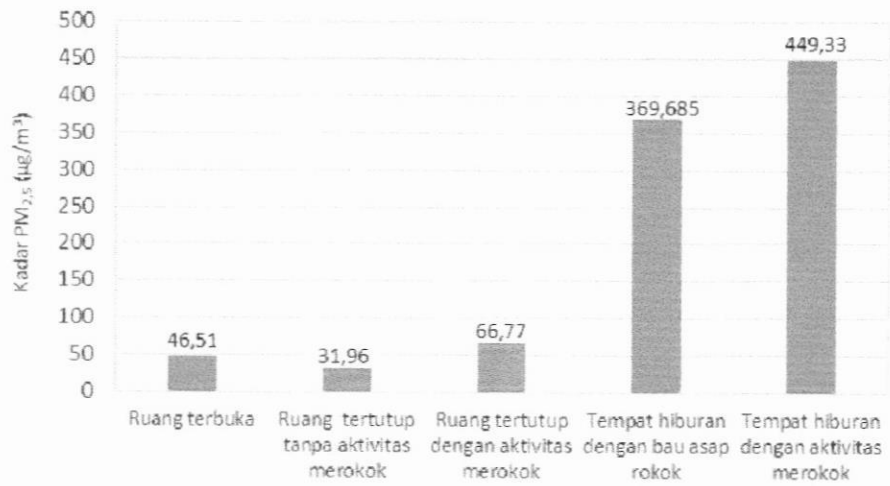
Merokok merupakan penyebab utama terjadi stroke yaitu gangguan pembuluh darah otak (tersumbat atau pecah) yang mengakibatkan kelumpuhan. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat. Sedangkan di Indonesia, menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, stroke merupakan penyebab utama kematian baik di perkotaan maupun pedesaan. Selain itu, stroke

dapat menyebabkan kelumpuhan. Risiko terjadi stroke iskemik (akibat penyumbatan pembuluh darah otak) sampai 50% pada perokok yang merokok jenis rokok kretek, jumlah rokok yang dihisap perhari minimal 12 batang, dan kandungan nikotin lebih dari 30 mg.

1.3. Kualitas Udara yang Dihasilkan Asap Rokok

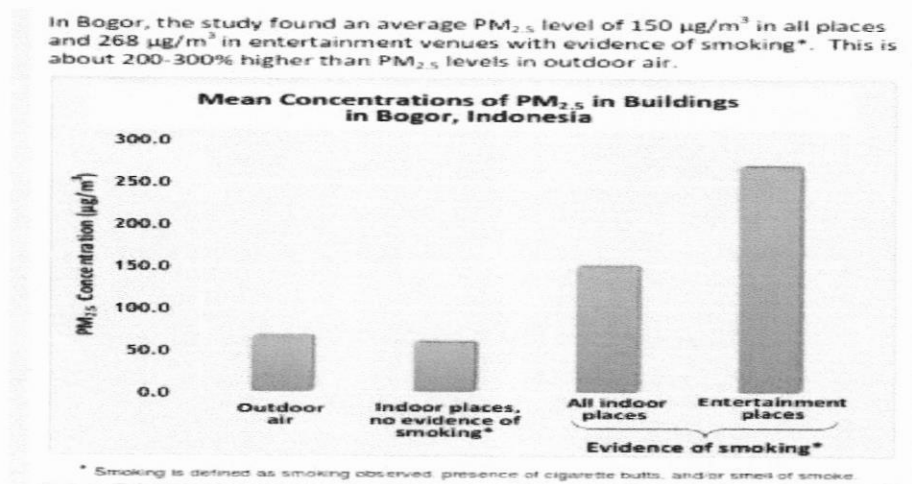
Rokok yang dihisap mengeluarkan asap utama dan asap sampingan. Asap sampingan merupakan polutan yang terhirup oleh perokok pasif baik *secondary smoker* dan *third smoker*. Risiko yang ditimbulkan akibat asap sampingan ini antara lain gangguan kardiovaskular, respirasi, urogenital, dan sebagainya. Dengan dilakukan pengukuran maka dapat memperkirakan bahaya dan risiko kesehatan terutama pada perokok aktif dan perokok pasif (baik *second-hand smoker* dan *third-hand smoker*). Polutan yang dihasilkan oleh asap rokok salah satunya adalah tar yang berukuran kurang dari 1 mikron dan dapat terhirup masuk kedalam paru. Oleh karena itulah pengukuran kualitas udara akibat paparan asap rokok dengan indikator *Particulate Matter* dengan ukuran kurang dari atau sama dengan 2.5 mikron ($PM_{2.5}$) dilakukan untuk melihat kualitas udara dalam suatu ruang. Kadar $PM_{2.5}$ dikategorikan aman menurut WHO adalah kurang dari $25 \mu g/m^3$.

Berbagai penelitian kualitas udara telah dilakukan di Jakarta, Bogor, dan Surabaya. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa kadar $PM_{2.5}$ dalam gedung (*indoor venue*) meningkat sampai 20 kali dari kadar aman apabila terdapat paparan asap rokok, seperti tampak pada penelitian di Surabaya (gambar 3).



Gambar 3. Kadar PM_{2,5} di luar dan dalam gedung di Kota Surabaya

Hasil monitoring kualitas udara yang dilakukan di Kota Bogor juga menunjukkan hasil yang sama bahwa kadar PM_{2,5} lebih dari normal pada semua tempat dengan bukti ada paparan asap rokok (150 µg/m³) dan tempat hiburan yang terbukti ada asap rokok (268 µg/m³), seperti tampak pada gambar 4. Kadar PM_{2,5} tersebut meningkat 200 sampai 300% dari kadar PM_{2,5} di luar gedung.



Gambar 4. Kadar PM_{2,5} di luar dan dalam gedung di Kota Bogor.

II. LANDASAN PERUBAHAN PERATURAN DAERAH KOTA SURABAYA

NO 5/2008

2.1. Landasan Filosofis

Pada tataran filosofis, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia telah mengatur secara tegas mengenai aspek perlindungan kepada warga negara. Merujuk pada Undang-Undang Dasar (UUD) 1945, perlindungan kepada warga negara tercantum pembukaan UUD 1945 alinea ke-empat yang berbunyi "Pemerintah negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia". Perlindungan ini bersifat umum, yang artinya meliputi seluruh warga negara Indonesia dan seluruh persoalan warga negara termasuk ancaman adiksi merokok.

Pasal 28H UUD 1945 berbunyi "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat". Aturan ini menegaskan bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, termasuk didalamnya adalah lingkungan yang bebas dari asap rokok, yang terbukti membahayakan kesehatan.

2.2. Landasan Yuridis

Peraturan mengenai kawasan tanpa rokok telah dicantumkan pada :

1. Undang Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 115

sebagai berikut:

Pasal 115

(1) Kawasan tanpa rokok antara

lain: a. fasilitas pelayanan

kesehatan;

- b. tempat proses belajar mengajar;
- c. tempat anak bermain;
- d. tempat ibadah;
- e. angkutan umum;
- f. tempat kerja; dan
- g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

(2) Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya

2. PP no. 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan pada pasal 49 dan pasal 50.

Pasal 50

- (1) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 antara lain:
- a. fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. tempat proses belajar mengajar;
 - c. tempat anak bermain;
 - d. tempat ibadah;
 - e. angkutan umum;
 - f. tempat kerja; dan
 - g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

4. Surat Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan no.188/Menkes/PB/II/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

Dalam keadaan tertentu pengelola gedung yang termasuk dalam ruang lingkup KTR dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok sebagaimana diatur dalam pasal 5 asalkan memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar, sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;
- b. Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;
- c. Jauh dari pintu masuk dan keluar; dan
- d. Jauh dari tempat berlalu-lalang.

2.3. Landasan Sosiologis

1. Biaya Kesehatan Akibat Rokok

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan menyebutkan pada tahun 2001 terdapat 427.948 kematian akibat rokok. Biaya langsung (*direct cost*) untuk biaya medis adalah 314 juta US\$ (1 US\$ = Rp 8.500) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*) akibat kehilangan pendapatan atau produktivitas sebesar 2,4 milyar US\$ yang setara dengan 7,7 kali pendapatan dari pajak rokok pada tahun yang sama. Biaya tidak langsung adalah kehilangan produktivitas karena kematian dini, kecacatan, dan absenteisme karena sakit maupun merawat penderita dan menurunnya kualitas hidup karena meninggalnya pencari nafkah keluarga. Pada tahun 2005, hasil perhitungan

terbaru menunjukkan *total economic loss* akibat merokok adalah 18,5 milyar US\$ atau 5,1 kali lebih tinggi dari pendapatan pajak rokok pada tahun yang sama.

Diperkirakan pada tahun 2010, pengeluaran masyarakat untuk membeli tembakau, mencapai 138 triliun rupiah. Angka ini meningkat lebih dari 50% dibandingkan dengan tahun 2007 (90 triliun rupiah). Bila seluruh kerugian ekonomi secara makro pada tahun 2010 dijumlahkan, yang mencakup pengeluaran masyarakat untuk membeli tembakau (138 triliun rupiah), maka kehilangan tahun produktif karena kematian prematur, sakit dan disabilitas (105,3 triliun rupiah), total biaya rawat inap karena penyakit terkait tembakau (1,85 triliun rupiah), dan total biaya rawat jalan karena penyakit terkait tembakau (0,26 triliun rupiah) memberi jumlah kumulatif kerugian ekonomi sebesar 245,41 triliun rupiah. Jumlah ini jauh lebih besar bila dibandingkan dengan cukai rokok untuk tahun yang sama, yakni sebesar 55 triliun rupiah.

2. Dampak Ekonomi Akibat Rokok

Penelitian yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Universitas Indonesia (2001) menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi rumah tangga yang ada perokok adalah pada kelompok rumah tangga dengan pendapatan paling rendah dan persentase pengeluaran untuk beli rokok dengan pendapatan paling besar terjadi pada kelompok tersebut. Penelitian terbaru (2007) yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (LDUI) melaporkan bahwa industri rokok dan pertanian tembakau tidak menunjukkan porsi yang signifikan dalam *total output* dari ekonomi Indonesia maupun *Gross Domestic product* (GDP). Hal ini menunjukkan bila dilakukan

upaya pengendalian terhadap tembakau tidak akan membahayakan perekonomian Indonesia.

Sebanyak 70% rumah tangga di Indonesia mengkonsumsi tembakau. Apabila dilihat dari belanja rumah tangga terdapat beberapa fakta yang menarik. Pertama, persentase belanja untuk rokok & tembakau menduduki ranking kedua setelah belanja beras, jagung, gandum dan sebagainya. Persentase belanja untuk rokok & tembakau lebih besar dari belanja untuk makanan yang penting seperti ikan, daging, telur dan susu, sayuran, dan buah-buahan. Kedua, dibandingkan dengan komponen belanja bukan makanan maka persentase belanja untuk rokok & tembakau adalah paling tinggi. Persentase belanja untuk rokok & tembakau adalah empat kali lebih tinggi dibandingkan belanja untuk pendidikan, kesehatan atau perumahan. Ketiga, belanja untuk makanan yang esensial maupun bukan makanan lebih tinggi pada rumah tangga yang tidak ada perokok dibandingkan rumah tangga yang ada perokok. Hal ini menunjukkan bahwa jika tidak ada belanja untuk rokok & tembakau maka uang tersebut akan dibelanjakan untuk makanan atau pendidikan, kesehatan dan perumahan. Oleh karena itu, upaya pengendalian masalah tembakau harus segera dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

III. HASIL SURVEI OPINI PUBLIK DI KOTA SURABAYA

Berdasarkan hasil survei mengenai opini publik yang dilaksanakan di seluruh kecamatan di Kota Surabaya terhadap 1008 orang yang berusia 18 tahun keatas, diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Hampir 97% responden menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa asap rokok berbahaya terhadap kesehatan.
2. Hampir 92% responden mengetahui bahwa merokok menimbulkan gangguan kesehatan yang serius pada perokok pasif.
3. Sebanyak 95% responden menyatakan dukungan terhadap adanya peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok.
4. Sebanyak 96,3% responden yang tidak merokok mendukung adanya peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok dan 88,7% responden yang merokok juga mendukung adanya peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok.
5. Sebanyak 92,1% responden mempunyai persepsi bahwa peraturan daerah kawasan tanpa rokok bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat secara luas.

Upaya pengendalian merokok dengan melalui perwujudan kawasan tanpa rokok merupakan salah satu topik yang dicantumkan dalam WHO *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* pada artikel 8 yang berbunyi: *"providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places."* Pemerintah seharusnya membangun dukungan publik melalui kampanye yang mendidik, menghasilkan suatu peraturan yang komprehensif dan mempertahankan dukungan publik. Beberapa pesan kuncinya adalah:

1. Peraturan atau hukum mengenai kawasan tanpa rokok menjamin hak yang mendasar bagi semua orang untuk menghisap udara bersih.

2. Peraturan atau hukum mengenai kawasan tanpa rokok melindungi kesehatan orang yang tidak merokok serta memacu orang untuk berhenti merokok.
3. Semua negara tanpa melihat tingkat pendapatannya dapat menerapkan hukum atau peraturan kawasan tanpa merokok secara efektif.
4. Kawasan tanpa rokok menolong perekonomian dan tidak membahayakan bisnis restoran dan kafe.
5. Lingkungan yang bebas asap rokok merupakan hal yang populer.

IV. TUJUAN, DAN SASARAN

Tujuan dari peraturan daerah kawasan tanpa rokok adalah:

1. Mewujudkan lingkungan bersih, sehat, aman & nyaman
2. Memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok
3. Menurunkan angka perokok
4. Mencegah perokok pemula
5. Menurunkan angka kesakitan & kematian akibat rokok
6. Melindungi generasi muda dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA)

Sasaran dari peraturan daerah kawasan tanpa rokok adalah semua penduduk dan orang yang berada di wilayah administrasi Kota Surabaya.

V. RUANG LINGKUP PENGATURAN

1. Ketentuan umum
2. Asas, tujuan, dan prinsip

3. Kawasan Tanpa Rokok (KTR) meliputi: fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.
4. Kewajiban dan larangan
5. Peran serta masyarakat
6. Pembinaan dan pengawasan
7. Penyidikan
8. Sanksi administratif
9. Sanksi pidana
10. Ketentuan penutup

V. KONDISI YANG DIINGINKAN

1. Lingkungan hidup yang sehat

Terciptanya lingkungan yang sehat bisa dicapai melalui penyediaan kawasan tanpa rokok pada tempat-tempat umum seperti pusat perbelanjaan, restoran atau kafe; tempat bekerja, proses belajar mengajar, sarana kesehatan, arena kegiatan anak, tempat ibadah serta larangan merokok di angkutan umum.

2. Jumlah perokok berkurang

Hal ini bisa dicapai dengan melakukan juga pembatasan iklan dan promosi rokok, serta sponsorship pada kawasan tanpa rokok tersebut.

VI. PENUTUP

Konsumsi tembakau adalah salah satu penyebab gangguan kesehatan yang berkembang sangat cepat di dunia. Satu dari dua perokok jangka panjang akan meninggal karena penyakit yang berkaitan dengan tembakau. Kematian ini sebenarnya dapat dicegah. Lebih dari 70.000 artikel ilmiah membuktikan secara tuntas bahwa penggunaan tembakau menyebabkan penyakit dan kematian.

Menghirup asap rokok orang lain – disebut juga perokok pasif – juga berbahaya bagi kesehatan. Asap tembakau mengandung 4000 bahan kimia termasuk 43 senyawa yang diketahui terbukti menyebabkan kanker (karsinogen). Tidak ada kadar paparan minimal asap rokok yang aman. Oleh karena itu menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok merupakan hak setiap orang termasuk bukan perokok.

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) melalui peraturan daerah merupakan solusi yang efektif untuk mengatasi beban penyakit akibat merokok dan melindungi orang yang tidak merokok terhadap bahaya asap rokok serta mengurangi jumlah perokok terutama pada perokok pemula yang berusia muda. Manfaat dari penetapan KTR adalah:

1. Menghargai dan melindungi hak asasi bukan perokok
2. Meningkatkan produktivitas kerja
3. Mengurangi beban biaya hidup
4. Menurunkan angka kesakitan akibat paparan asap rokok
5. Menciptakan tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak-anak, tempat ibadah dan angkutan umum yang sehat, aman dan nyaman.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa:

1. Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) pada tujuh sarana sesuai Undang Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan harus disusun di Kota Surabaya.
2. Masyarakat Kota Surabaya mendukung terwujudnya Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Kota Surabaya.

Daftar Rujukan

- Adietomo, SM, Djutaharta, T, Hendratno. 2001. The Economic Aspect of Tobacco Consumption in Indonesia. Demographic Institute, Faculty of Economics, University of Indonesia.
- Anonymous. 2006. Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok. Depkes RI, Jakarta.
- Anonymous. 2006. Kebijakan Udara Bersih & Asap Tembakau Lingkungan. Tim Penanggulangan Masalah Tembakau, Depkes RI, Jakarta.
- Anonymous. 2006. Tembakau: Dampaknya yang Merusak Kesehatan. Tim Penanggulangan Masalah Tembakau, Depkes RI, Jakarta.
- Ahsan, A. Kosen, S., Kusumawardhani, N., Soewarso, K. 2012. Buku Fakta Tembakau 2012. Tobacco Control Support Centre (TCSC) Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Bogor. 2010. Clearing the Air: Measuring PM2.5 in Bogor, Indonesia (Fact Sheet). Dinas Kesehatan Kota Bogor, Bogor.
- Hartini. 2009. Pengaruh Kebiasaan Merokok Terhadap Risiko Kejadian Stroke Iskemik. Skripsi, Universitas Airlangga.
- Hasan, A, Wiyono, N. 2007. An Analysis of The Impact of Higher Cigarette Prices on Employment In Indonesia. Demographic Institute, Faculty of Economics, University of Indonesia.
- Kosen, S. 2004. Health and Economic Impact of Tobacco Use in Indonesia. Ministry of Health, Center for Health Services and Technology Research and Development, Jakarta.

- Kemkes RI. 2008. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2007. Jakarta.
- Kemkes RI. 2006. Panduan Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Jakarta.
- Kemkes RI. 2006. Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok. Jakarta.
- Kosen, S. 2007. Health and Economic Impact of Tobacco Use in Indonesia. Paper presented in National Congress of IPHA.
- Lestari, KS., Megatsari, H., Artanti, D.A., Widati, S., Martini, S. 2015. Monitoring Kualitas Udara di Kota Surabaya. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya.
- Martini, S., Hendrati, L.Y. Usia Merokok Pertama Kali merupakan Faktor yang Meningkatkan Risiko Kejadian Hipertensi: Besar Risiko Kejadian Hipertensi menurut Pola Merokok. Jurnal Kedokteran Yarsi vol. 14, no. 3, September – Desember 2006.
- Martini, S, Sulistyowati, M. 2005. The Determinants of Smoking Behavior among Teenagers in East Java Province, Indonesia. Health, Nutrition and Population, The World Bank.
- Yusticarini, D. 2004. Hubungan Kebiasaan Merokok di Dalam Rumah dengan Gangguan Pernafasan pada Perokok Pasif Anak-Anak. Skripsi. FKM Unair, Surabaya.